



INSCRIPTIONS 2009

A renvoyer au secrétariat général du club
Melle Christelle NEBON
Immeuble Plein Sud 1 - Côte Chamois
05200 EMBRUN

Tél : 04 92 43 69 27 - Portable : 06 87 35 94 84

Email : christellenebon@free.fr

www.roadrunners-baseball.com
cliquez sur NEWS/FORUM

MONTANT DES COTISATIONS

2009	SENIORS 1986 et avant	ESPOIRS 87/88/89/90/91/92	CADETS 93 / 94 / 95	MINIMES 96 / 97 / 98	BENJAMINS 99/2000/2001
LICENCE BASEBALL	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	XXXX	80 Euros	80 Euros
LICENCE SOFTBALL MIXTE	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	80 Euros né en 93		

MODALITES D'INSCRIPTION

La fiche d'inscription doit être adressée par COURRIER au secrétariat du club (adresse ci dessus)

- **MONTANT de la cotisation** correspondant à la catégorie du joueur ou de la joueuse (à l'ordre du GAP Baseball Softball CLUB).

- **CERTIFICAT MEDICAL** d'aptitude à la pratique du Baseball et Softball. (Pour les espoirs, minimes et benjamins, faire établir un certificat de surclassement). ATTENTION pour les renouvellement, le certificat doit dater de moins de 3 mois au moment de l'inscription.

- **1 Photo d'identité (pour les nouveaux licenciés)**

- **2 ENVELOPPES TIMBREES** et libellées à votre nom

AUCUNE LICENCE NE POURRA ETRE PRISE SI UN OU PLUSIEURS DES ELEMENTS DECRITS CI DESSUS EST MANQUANT

✂-----✂

FICHE D'INSCRIPTION (A RENVoyer)

NOM :	DATE DE NAISSANCE : / /
PRENOM :	LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :	TEL :
.....	PORTABLE:
.....	SIGNATURE DES PARENTS (pour les mineurs) :
EMAIL :	



www.roadrunners-baseball.com

- RESPONSABLES D'EQUIPES

- HORAIRES D'ENTRAINEMENT

ECOLE DE BASEBALL (ouverte à partir de 8 ans)

Responsables Ecole de Baseball : Annick HENRICH – Tél. : 04 92 53 56 13
06 89 68 56 63

Entraînements : Mercredi de 14h 30 à 16h30

CADETS

Les cadets nés en 1993 peuvent s'entraîner avec le softball mixte (mais pas de championnat) => voir si dessous les horaires d'entraînement

JUNIORS / SENIORS SOFTBALL MIXTE

Responsable d'équipe : Christelle NEBON - Tél : 06 87 35 94 84

Email : christellenebon@free.fr

Entraînements : Jeudi de 18h à 20h et le Samedi de 14h15 à 16h15 **

Tous les entraînements se déroulent sur LE STADE DE BASEBALL DE LA LUYE

** *Durant la période hivernale, faute d'éclairage sur le stade de la Luye, les entraînements en soirée ont lieu le mardi soir de 20h à 21h30 (en fonction de la météo). Contactez le responsable d'équipe pour plus d'informations*

2009	SENIORS 1986 et avant	ESPOIRS 87/88/89/90/91/92	CADETS 93 / 94/95	MINIMES 96 / 97 /98	BENJAMINS 99/2000/2001
LICENCE BASEBALL	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	xxx	80 Euros	80 Euros
LICENCE SOFTBALL MIXTE	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	85 Euros <i>Licence Loisir</i>	80 Euros né en 93		

Infos : www.roadrunners-baseball.com

Cliquez sur NEWS / FORUM

AUTORISATION

Je soussigné, Mme, Melle, Mr (*) _____
père, mère, tuteur, tutrice (*), autorise :

Nom: _____ Prénom : _____

né(e) le: _____ à _____

=> à prendre une licence sportive auprès de la **FEDERATION FRANCAISE DE BASEBALL SOFTBALL ET CRICKET**, par l'intermédiaire de l'association sportive

GAP Baseball et Softball Club – « Road Runners »

=> à participer aux activités physiques et sportives y compris les rencontres et compétitions, organisées dans le cadre de la dite Fédération, ainsi qu'aux déplacements.

=> J'autorise, par ailleurs, le club de baseball et softball de Gap « Road Runners » et la **FEDERATION FRANCAISE DE BASEBALL SOFTBALL ET CRICKET** à utiliser l'image et les paroles du licencié dans la presse écrite, radiophonique et télévisée dans le but de valoriser, sans but lucratif, la pratique du sport par ses membres.

=> Je demande aux responsables de l'association de prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical, en mes lieu et place, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Fait à _____ Le _____

Signature



(*) Rayer les mentions inutiles

AUTORISATION MEDICALE - A remplir par les parents si l'athlète n'est pas majeur

NOM et Prénom de l'athlète : _____

Né(le) : _____ à _____

Adresse : _____

Tél. Dom. * : _____

Tél Portable : _____

Tél. Travail : _____

* A l'attention des parents d'athlète mineur : veuillez indiquer le n° de téléphone ou nous pouvons rapidement vous joindre en cas d'accident.

ALLERGIE(S) (si médicament(s), précisez) :

TRAITEMENTS EN COURS et/ou PATHOLOGIES PARTICULIERES (diabète, épilepsie, asthme ...) :

EN CAS D'ACCIDENT (**)

Si vous êtes le responsable parental, indiquez nous dans quel établissement médical vous souhaiteriez que votre enfant soit dirigé ou si vous êtes athlète, dans quel établissement médical souhaiteriez vous être transporté :

A : _____ Le : _____

Signature :

(**) Nous vous conseillons de joindre à ce document une attestation d'assurance maladie, ainsi qu'une copie de la carte d'affiliation à votre mutuelle complémentaire (si vous en possédez une) pour éviter l'avance d'éventuels frais d'hospitalisation.